

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N° 88

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 14 janvier 1891, à 1 heure

Par FRANÇOIS OSTWALT

Né à Berlin, le 22 septembre 1862

DE LA RÉTINITE SYPHILITIQUE
ET DE SES RAPPORTS AVEC LES ARTÈRES RÉTINIENNES
Et avec l'artérite syphilitique de l'encéphale

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. } TERRILLON, professeur.
 } A. ROBIN, NETTER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

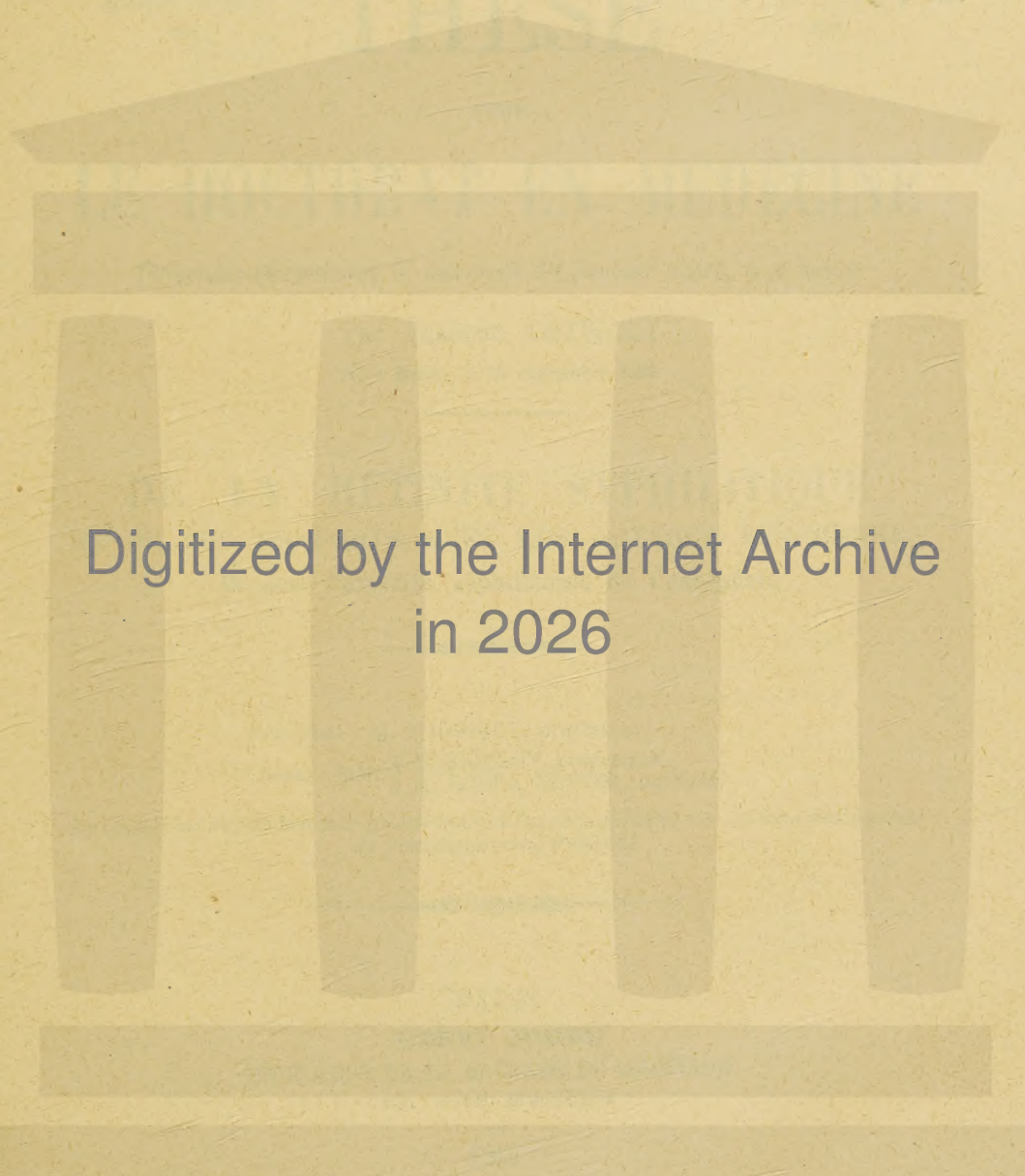
PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

45, rue Racine

1891



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552005_0065

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1891

THÈSE

N° 88

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 14 janvier 1891, à 1 heure

Par FRANÇOIS OSTWALT

Né à Berlin, le 22 septembre 1862

DE LA RÉTINITE SYPHILITIQUE
ET DE SES RAPPORTS AVEC LES ARTÈRES RÉTINIENNES
Et avec l'artérite syphilitique de l'encéphale

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. { TERRILLON, professeur.
 { A. ROBIN, NETTER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
15, rue Racine

1891

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL .
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.	TILLAUX.
Pharmacologie.	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.	HAYEM.
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale.	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD

Professeurs honoraires.

MM. RICHET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NELATON	MM. RIBEMONT-
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEY	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	RETTÉTER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

DE LA RÉTINITE SYPHILITIQUE

Et de ses rapports avec les artères réiniennes

Et avec l'artérite syphilitique de l'encéphale

Parmi les affections syphilitiques de l'œil on doit assigner à la rétinite spécifique une importance particulière. D'après *de Graefe* (1) sa fréquence monte de 3 à 4, d'après *R. Förster* (2) de 2,5 à 4, pour mille affections oculaires en général, selon d'autres auteurs tels que *O. B. Bull* (3) et *S. Klein* (4) cette fréquence serait encore de beaucoup plus grande.

Le nombre des publications ayant trait à cette affection et faites dans le court espace de 30 ans, depuis le travail fondamental de *Jacobson* (5), démontre clairement

1. A. v. Graefe. *Über centr. recid. Ret. V. Graefe's, Arch. . XII.*
2. 1866.
2. R. Förster. *Zur klin. Kennta der Choroid. syph. — v. Graefe's Arch., t. XX. 1874.*
3. O. B. Bull. *Ophthalm. and Lues. Christiania. 1884.*
4. S. Klein. *Lehrb. d. Augenheilk. Wien et Leipzig., 1881.*
5. J. Jacobson. *Retin. syph. Königsberg. medic. Jahrb. 1859, p. 283.*

l'intérêt extraordinaire qu'elle a offert aux ophthalmologistes. Bien loin d'éclairer pleinement la question, ces nombreux écrits ont plutôt contribué à l'embrouiller dans quelques points.

Je crois donc utile de passer en revue succincte les travaux principaux sur la rétinite syphilitique et d'y joindre quelques observations personnelles d'un caractère particulier. Je développerai alors que ces observations, de concert avec les faits anatomo-pathologiques publiés jusqu'ici, font reconnaître le rôle important que jouent les altérations des artères dans la rétinite syphilitique. Nous aurons en même temps la possibilité de ramener à une base commune toutes les diverses images cliniques de l'affection en question.

Finalement nous verrons qu'il existe, de toute probabilité, des relations intimes entre la rétinite et la chorioretinité syphilitiques d'une part et l'artérite oblitérante syphilitique du cerveau d'autre part.

Qu'il me soit permis ici d'offrir à M. le professeur Fournier l'hommage de ma reconnaissance profonde pour le grand honneur qu'il a bien voulu me faire en acceptant la présidence de cette thèse.

I. — L'HISTORIQUE

J'ose affirmer que la rétinite syphilitique n'existe comme affection nettement déterminée que depuis le travail déjà cité de *J. Jacobson*. Il est vrai qu'auparavant déjà d'autres auteurs, tels que *Stellwag von Carion* (1), avaient conclu, de l'abaissement disproportionné de l'acuité visuelle dans l'iritis spécifique, à une participation consécutive de la rétine ; il est également vrai que des auteurs anglais, tels que *Critchett* (2), *W. F. Wade* (3), *Bader* (4) avaient publié des cas de rétinite syphilitique avec, en partie, des altérations caractéristiques ; il est encore vrai que déjà *Desmarres* avait représenté dans son manuel (5) « l'œdème syphilitique » de la rétine comme affection peu rare chez les syphilitiques ; mais *Jacobson*, se basant sur 7 cas bien observés, établit, le premier, une image clinique bien définie de la rétinite syphilitique, qui quelquefois se

1. *Stellwag von Carion. Die Ophthalmologie vom naturwiss. Stand-p. aus bearb. Erlangen.*, 1853.

2. *Critchett. Effusion of Lymph on the Retina in conn. with hered. Syph. Med. Tim. and. Gazette*, 1857, vol. XV, déc.

3. *W. F. Wade. Observ. on Syphil. Retin. The Midland Chuat. Journ. of the Med. Scienc.*, 1857. Vol. 1, p. 26.

4. *Bader. On ophthalmosc. appear. of secund. Syph. Ophth. Hosp. Rep. Vol. I, p. 245*, 1857-58.

5. *Desmarres. Traité des mal. des yeux. Paris*, 1853.

présenterait comme unique symptôme de la syphilis constitutionnelle.

Jacobson fait remarquer :

1° Le voile grisâtre du fond de l'œil, qui rayonne de la papille vers la périphérie, et qui couvre partiellement les veines ;

2° Une tortuosité des veines et un rétrécissement des artères ;

3° La rareté des hémorrhagies.

Il signale de plus l'apparition régulière de photopsies, le fort abaissement de la vision et la présence de scotomes positifs correspondant au trouble de la rétine. Il insiste enfin sur l'influence favorable d'un traitement antisypilitique, ainsi que sur la tendance aux rechutes.

On publia après *Jacobson*, dans les années suivantes, nombre d'observations de rétinite syphilitique, qui n'ajoutèrent rien de nouveau sur cette affection. Ceci n'eut lieu que dans l'article de *von Graefe* (*loc. cit.*) : « Sur la rétinite centrale à rechutes ». Se fondant sur 7 cas de ladite affection observés dans 5 années, *Graefe* démontra une nouvelle forme d'affection syphilitique de la rétine qu'il désigna comme un symptôme des plus tardifs de la syphilis constitutionnelle. Elle était caractérisée : 1° par un subit abaissement de l'acuité visuelle qui disparaissait spontanément au bout de quelques jours ; 2° par un trouble central grisâtre de la rétine, d'une durée un peu plus longue et dans lequel on pouvait observer quelquefois de petits points minces, blanchâtres, disséminés par-ci par-là, ou même arrangés par groupes ; 3° par un scotome positif central ; et 4° par une micropsie appa-

raissant plus tard. Le plus caractéristique dans cette affection était le nombre extraordinaire des rechutes (jusqu'à 80 et plus).

Je signalerai tout de suite le fait que je n'ai pu trouver dans toute la littérature postérieure à *v. Graefe* que 4 cas de rétinite centrale à rechutes, et qui offraient, en plus, quelques symptômes différant entre eux et de ceux des cas de *de Graefe*. Ce sont les 3 cas de *Alexander* (1) et 1 cas de *Von Reuss* (2). Le cas d'*Ewetsky* (3), compté également parmi les cas de rétinite centrale à rechutes, par *M. Alexander*, dans sa monographie toute récente (4), n'est pas à sa place ici. Il s'agissait d'une seule attaque de rétinite centrale avec troubles diffus et petits foyers gris-blanchâtres dans la région de la macula, ainsi qu'avec scotome central. Ce cas a une grande ressemblance avec ceux que j'ai observé moi-même et dont je parlerai plus loin. Le petit nombre de cas publiés de rétinite centrale à rechutes prouve clairement l'extrême rareté de cette affection.

Ce n'est que la publication de *Förster* (1) qui jeta une nouvelle lumière sur la question de la rétinite syphilitique. Dans ce travail *Förster* prétend que l'affection syphilitique du fond de l'œil, conforme à celle de *Jacobson*,

1. Alexander : *Zur Casuistik der centr. recid. Ret.* — Berl. Klin. Woch., 1876, n°s 35-36.

2. V. Reuss : *Ophthalmol. Mittheil. aus d. II. Univ. Augenklin.* Wien. Medic. Press., 1885, n° 41-42.

3. Ewetsky : *Centralbl. f. prakt. Augenh.* 1882 p. 170.

4. Alexander : *Syphilis und Auge.* Wiesbaden, 1888.

5. Förster. *Loc. cit.* V. Graefe's Arch., t. XX 1. p. 33, 1874.

est primitivement une affection de la choroïde et qui n'attaque que secondairement les couches externes de la rétine. Il cite comme raison de ce qu'il avance : 1° la fréquente complication d'iritis ; 2° l'héméralopie, c'est-à-dire la diminution du sens lumineux ; 3° le trouble constant, en forme de poussière, du corps vitré ; 4° la diminution fréquente du parcours d'accommodation et enfin 5° les altérations définitives du fond de l'œil. Le trouble du fond de l'œil affecte, d'après *Förster*, d'accord avec *Jacobson*, l'entourage de la papille et le centre. Dans ce dernier *Förster* constata, pour le moins dans 33 pour 100 des cas, des groupes de petits foyers rouge clair ou blanchâtres, qu'il localise dans la choroïde, empiétant peut-être sur les couches les plus externes de la rétine.

La diminution de la vision n'était souvent d'après *Förster*, que très minime, d'autres fois, apparemment sans cause appréciable, très forte. En même temps il existait toujours de la photopsie, de la métamorphopsie, un abaissement du sens lumineux et un scotome central souvent circulaire.

Je tiens à souligner ici que *Forster* n'a fondé ses données que sur des observations cliniques et non pas sur des faits anatomiques.

Dans les publications postérieures au travail de *Förster*, jusqu'à l'heure actuelle, on voit une divergence d'opinions, quant au siège de l'affection dans la rétine ou dans la choroïde. Certains auteurs, comme *Hock* (1), se rangent

1. *Hock, Die syphil. Augenkrank (Vortr. a. d. allgem. Polikl). Wien. Klin., 1876, II, p. 65.*

tout à fait à l'avis de *Förster*, d'autres, tels que *L. Mauthner* (1) et *O. Bull* (*loc. cit.*) trouvent le siège de l'affection dans la rétine pendant qu'une troisième catégorie d'auteurs émettent une opinion intermédiaire, par exemple *E. Nettleship* (2), qui prétend que la rétine, aussi bien que la choroïde, peuvent être le siège primitif de la maladie.

Dans tous les nouveaux manuels et traités d'ophtalmologie, on considère la rétinite syphilitique comme une maladie toute spéciale. *Michel*, dans son traité (3), distingue même deux formes de rétinite syphilitique diffuse : 1° une rétinite des couches externes, c'est-à-dire des couches pigmentaires ; et 2° une rétinite des couches internes, c'est-à-dire du système vasculaire. Sans faits anatomiques personnels et sans pouvoir se baser sur des observations anatomiques d'autres auteurs, *Michel* conclut, par analogie avec l'iritis syphilitique, que, avant tout dans cette dernière forme de rétinite, il pourrait s'agir d'une endoartérite, et d'une périvasculite. Nous verrons plus tard combien cette supposition de *Michel* était fondée.

1. *L. Mauthner. Die syph. Erkrkg des Aug. in H. Zeissl's Lehrb. d. Syph.* 3^e édit. vol., 2, Stuttgart 1875.

2. *Nettleship. On the Patholog. Chang. in syphil. Choroïd. and Retin.* — *Ophth. Hosp. Rep.* XI, 1, p. 1, 1886.

3. *Wiesbaden*, 1884.

II. — OBSERVATIONS PERSONNELLES

Que dans la rétinite syphilitique, un rôle important incombe en vérité au système vasculaire, si minimes que puissent sembler de prime abord les symptômes vasculaires dans la plupart des cas, ainsi que le soulignent la plupart des auteurs, qu'un rôle important, dis-je, incombe au système vasculaire, c'est ce dont j'ai eu l'occasion de faire la remarque dans 8 cas. Je les ai déjà publiés au dernier congrès international à Heidelberg (1). Les 7 premiers ont été observés dans le court espace de mai à août 1887. Les cas moins typiques n'étaient même pas enregistrés. Je me permets en toute concision de rendre compte de ces 8 cas.

Cas 1. — A. H...., âgée de 37 ans, se présente le 7 mai 1887. Tout parlait en faveur d'une infection syphilitique antérieure. Ainsi la malade avait été atteinte entre autres, l'année précédente, de psoriasis ; elle avait perdu les cheveux et souffrait souvent de la gorge. La malade avait une iritis double avec de nombreuses synéchies postérieures. A l'ophtalmoscope on trouvait au centre de la rétine, dans une région d'environ une papille, ainsi que dans la périphérie extrême du fond de l'œil, un cer-

1. Voy. *Compte-rendu du VII^e Congr. Intern. d'Ophtalm. à Heidelberg*, 1888.

tain nombre de foyers menus, tous adhérent de préférence aux petites branches vasculaires.

Correspondant à cela, on trouvait, des deux côtés, un scotome central d'environ 6° de diamètre. L'acuité visuelle de l'œil droit était au commencement égale à 1/100 ; celle de l'œil gauche était presque normale.

Après trois semaines de frictions mercurielles, la vision était normale des deux côtés.

Cas 2. — Ch. K..., âgée de 23 ans, est venue le 9 mai 1887 avec une iritis syphilitique et une kératite ponctuée. Pupilles irrégulières et exsudations fibrineuses au bord pupillaire inférieur. Il y avait une hypermétropie de 1 dioptrie et l'acuité visuelle de l'œil droit était égale à 15/15, celle de l'œil gauche égale à 15/20. Sous nos yeux se développe à gauche une gomme dans la partie inférieure de l'iris (15. V. 87) ; en même temps le trouble de la cornée s'était accru sur cet œil, de telle façon qu'on ne pouvait apercevoir que tout à fait confusément le fond de l'œil. A l'autre œil, on pouvait le distinguer très nettement. On y remarquait le 15. V. 87, que dans le centre de la rétine, aussi bien que dans l'extrême périphérie, à côté des branches terminales de vaisseaux (— je pouvais constater, à coup sûr, dans certains endroits, que c'étaient des artérioles), il s'était formé de petits foyers gris-blanchâtres ; on trouvait également, en dehors et tout à fait périphériquement, deux petites hémorrhagies.

Le centre de la rétine, abstraction faite de ces petits foyers circonscrits, était, dans sa plus grande étendue, diffusément infiltré. A part cela, il y avait de fines opacités du corps vitré. Correspondant aux lésions centrales, on pouvait constater sûrement un scotome central de 20° de diamètre.

L'acuité visuelle ne s'était pas beaucoup abaissée, mais pourtant elle était certainement un peu moins bonne qu'au

commencement, à savoir *o. d.* = 15/20 ; *o. g.* = 15/30 à 15/20.

Après un traitement de frictions mercurielles, on vit disparaître tous ces symptômes et, après un mois, on constata que, sur l'œil droit, presque tous les petits foyers d'infiltration s'étaient effacés. Les deux petites hémorragies périphériques étaient encore visibles.

De même, sous l'influence dudit traitement, l'iritis gommeuse était guérie sur l'œil gauche, dont on pouvait alors très bien examiner le fond. Je n'y constatais qu'un aspect irrégulier et granuleux du centre.

Il se trouvait encore pendant un temps assez long et disparaissant de plus en plus, le scotome central de l'œil gauche.

CAS 3. — A. R..., âgé de 32 ans, se présente le 15 mai 1887. Depuis huit jours il croyait apercevoir, surtout en jouant au billard, un voile devant l'œil semblable à un morceau de canevas arrondi et dentelé. Le malade esquissa lui-même, à mon instigation, ce scotome positif. Il avait un diamètre de 11°.

Le malade avait eu, 9 mois auparavant, un chancre génital contre lequel on avait employé à l'extérieur l'iodoforme, à l'intérieur des pilules. Le médecin lui avait dit qu'il avait toutes les chances d'être atteint de syphilis secondaire.

Ophthalmoscopiquement, je trouvais à gauche vers le centre, en remontant vers les branches les plus fines des artères jusqu'à la macula, en dehors de très petits foyers pigmentés, de date évidemment plus ancienne, je trouvais, dis-je, deux infiltrations de la rétine, à peine perceptibles, toutes récentes, très menues, d'un gris bleuâtre. A part cela je constatai dans la périphérie à côté des branches terminales des artères : 1° de petits foyers minces, gris ou tachetés, visiblement de formation plus ancienne ; puis 2° également datant d'une époque

assez reculée, d'autres foyers chorioretiniens, noirâtres, et affectant la grandeur d'une tête d'épingle.

De même on découvrit sur l'autre œil (le droit), celui duquel le malade ne se plaignait pas, des foyers semblables, également en partie attachés aux branches terminales des artères.

La papille des deux côtés était un peu hyperhémique.

On pouvait découvrir à gauche à l'aide du périmètre un scotome central objectif, d'un diamètre de 10 à 12°. absolument correspondant au scotome positif. Vis de l'o. d. = 1, de l'o. g. = 15/200.

Sous l'influence de frictions mercurielles ce scotome objectif de même que le scotome positif, devint de plus en plus transparent et la vision s'accrut rapidement. Après 3 semaines 1/2 elle était déjà presque égale à 15/20; le scotome n'avait plus qu'un diamètre de 4° et était très faible. Après 2 autres mois (14. VIII. 87), la vision était de 15/20, et après cette date il est formellement noté que tous les foyers récents à infiltration gris bleuâtre avaient disparu.

Cas 4. — B. Sch..., âgée de 22 ans, vint le 2 juin 1887; elle se plaignait de voir plus mal de l'œil gauche depuis quinze jours. Autant qu'on put le découvrir à ce moment-là, une infection syphilitique antérieure était très probable (flueurs blanches depuis 6 mois, ozène et des ganglions cervicaux). A l'ophtalmoscope on trouva des deux côtés des troubles du corps vitré en forme de poussière et une infiltration particulière rayonnant de la macula, ayant l'aspect d'un œdème; avec cela de fins foyers circulaires. V. de l'œil droit avec — 1 Dioptrie = 15/50, de l'œil gauche avec — 0 Dioptrie 75 15/20. A gauche, existait un scotome assez grand, d'une forme elliptique transversale d'un diamètre de 30° dans le méridien horizontal, et 16° dans le vertical.

Malheureusement on ne pouvait pas poursuivre la marche de la maladie.

Cas 5. — G. M..., âgé de 41 ans, se présenta le 2 juin 1887. Il avait attrapé la syphilis il y avait 18 ans. Il voyait courbes les lignes droites avec l'œil gauche. Douleurs dans l'œil et scotome positif.

A l'ophtalmoscope, on trouva à gauche le centre gris, comme marbré; un foyer d'infiltration grise, grand d'une $1/2$ papille et de limite circulaire se montrait en haut et en dehors de la fossette centrale.

Correspondant à cela un scotome central d'environ 5° de diamètre. V. = 15/40.

Après la mydriase je pus constater également à droite de petits foyers d'infiltration centraux et paracentraux, affectant la forme de grappes et se rattachant aux petits vaisseaux. Acuité visuelle de cet œil = 15/30. Après des frictions mercurielles l'acuité visuelle de l'œil droit atteignit 15/20, celle de l'o. g. 15/20 à 15/30. La métamorphopsie de l'œil gauche ne se perdit pourtant pas par la suite, une petite hémorragie se déclara même plus tard sur cet œil, tout près de la fossette centrale.

Dans ce cas, le succès du traitement antisypilitique, quoique visible, ne fut pas, exceptionnellement, tout à fait complet. Nos considérations ultérieures montreront que cette circonstance s'explique facilement par le long espace de temps écoulé depuis l'infection.

Cas 6. — E. J..., Âgé de 52 ans, se présenta le 18 juillet 1887, en accusant une diminution de sa force visuelle. Les commémoratifs partent en forme de syphilis.

Nous constatons une différence des pupilles (pup. d. : pup. gauche = 4 : 6 mm.). Mobilité et réaction normales.

Ophthalmoscopiquement : Papilles normales des deux côtés A gauche, la macula irrégulière, granuleuse, contenant quel-

ques petits foyers très délicats. Y correspondant un scotome, limité au centre. Vision avec + 2 Dioptr. 15/30 à 15/20.

Le malade ne continua pas le traitement.

Cas 7. — M. H... âgée de 46 ans, 27 juillet 1887. Syphilis plus que probable, acquise quelques années auparavant; pharyngite, couronne vénérienne; exanthème; chute des cheveux il y avait 6 mois, etc.

La malade se plaint de troubles visuels à droite. Vision de l'œil droit à peine 15/20; a g. 15/30 à 15/20.

Ophthalmoscopiquement: à droite rétinite centrale pareille à celle des cas précédents, et y correspondant scotome central, pour les couleurs, de 32° dans le diamètre horizontal et de 20° dans le diamètre vertical (beaucoup moins grand pour le blanc).

Cas 8. — Reste encore un autre cas que j'eus l'occasion, avec d'autres cas moins typiques, d'observer pendant mon séjour à Londres en 1888. C'était dans le département des maladies des yeux à l'hôpital « Saint Mary », dirigé par M. *Critchett*. Ce cas m'est particulièrement intéressant à cause de la constatation que M. *Silcock* put y faire lui-même de la présence et du siège desdits foyers.

Le cas concernait une malade, M. A. W..., âgée de 31 ans, que je vis le 1^{er} mai 1888. Elle était traitée pour une kératophtisie syphilitique de l'œil gauche. Elle avait été infectée par son mari, environ un an auparavant; avait souffert pendant 2 mois d'un écoulement vaginal qui s'arrêta de lui-même. Un mois plus tard apparut une éruption de petites taches circulaires et rouges sur le dos, les bras et les jambes, et qui disparut par suite d'un traitement mercuriel. Après trois autres mois, des affections syphilitiques de la gorge et de la bouche se firent remarquer, et enfin après d'autres trois mois la malade sentit décroître un peu sa force visuelle, comme elle l'avoua plus tard.

Je trouvais, à droite, une kératoiritis; le fond de l'œil n'était visible que très indistinctement.

Sur l'œil gauche, dont la malade ne se plaignait nullement, je constatais, à l'ophtalmoscope, touchant aux branches terminales des artères rétinienne, de petits foyers d'infiltration centraux, fins et d'un gris-blanchâtre; j'en remarquais un spécialement, attaché à une petite branche, qui s'étendait du bas en haut de la macula. En dehors desdits foyers il y avait d'autres foyers chorio-réliniens de la grosseur d'une tête d'épingle situés tout-à-fait périphériquement.

Point d'opacités du corps vitré.

De l'œil gauche atteint d'iritis et de trouble de la cornée, elle comptait les doigts à $3/4$ mètres de distance; l'autre œil extérieurement normal avait avec $+ 1$ Dioptr $1/2$ une acuité visuelle de $6/18$ à $6/12$.

Je ne pus constater un scotome central (peut-être à cause du manque d'attention de la malade). Les limites extérieures du champ visuel étaient normales dans ce cas, comme dans les précédents.

Il m'est impossible de rendre compte de la marche de la maladie, n'ayant point revu la malade et n'ayant pu trouver des notes ultérieures dans le journal.

Si je me résume, je puis conclure de mes observations :

1°. Que, dans la syphilis, il peut se produire, et cela le plus souvent, peu de mois à un an après l'infection, une rétinite centrale avec ou sans iritis simultanée.

2°. Que cette rétinite est caractérisée par de petits foyers d'un gris blanchâtre, en forme de grappes, et qui siègent de préférence à côté des petites branches terminales des artères.

3°. Qu'en même temps on peut apercevoir, tout à fait

dans la périphérie, attachées également de préférence aux branches terminales des artères, de semblables petites infiltrations de la rétine.

Tous ces foyers sont tellement délicats et en même temps teintés si légèrement d'une couleur grisâtre qu'on ne peut les reconnaître qu'avec la plus grande attention et au moyen de l'éclairage très faible de l'image directe.

Le plus souvent il existe simultanément de petits foyers choroïdiens, gros à peine comme la tête d'une épingle, mais qui peuvent faire défaut.

La région de la macula affecte souvent, en dehors de cela, des troubles diffus.

Des opacités fines du corps vitré manquaient plus souvent qu'elles n'étaient à constater.

Correspondant auxdites lésions centrales, on trouve presque toujours un petit scotome central négatif. Un scotome positif, semblable en tout à l'autre, apparaît souvent.

Il existe parfois aussi de la métamorphopsie.

L'acuité visuelle a quelquefois beaucoup baissé; le plus souvent elle n'est que très peu diminuée.

Un traitement mercuriel donne dans les cas récents des résultats parfaits, dans des cas invétérés des résultats moins favorables.

Dans certaines circonstances [principalement en cas de troubles plus accentués du corps vitré] il se produit une image qui, au premier aspect, pourrait être confondue avec l'affection décrite par les auteurs sous le nom de rétinite ou de choroïdite ou de chorio-rétinite syphilitique; ce n'est qu'après un examen des plus minutieux qu'on reconnaît comme source de ces phénomènes les susnom-

mées infiltrations de la rétine. Celles-ci sont, comme je l'ai dit plus haut, en rapport intime avec les branches terminales des artères.

Je ne doute aucunement que, du moins, dans un grand nombre de cas publiés comme rétinite syphilitique diffuse, il n'ait existé de semblables altérations centrales.

Cette opinion s'appuie sur ce que :

1° les auteurs ont été souvent frappés eux-mêmes par la diminution disproportionnée de l'acuité visuelle et que :

2° Cette acuité visuelle baissée s'est complètement rétablie par suite d'un traitement mercuriel, ainsi, entre autres, dans le cas de *Schreiber* (1) où la vision était presque = 0. Le traitement rendit au sujet sa vision presque normale. L'auteur parle expressément de petits foyers situés à côté des bifurcations des vaisseaux. Il va de soi qu'on pense aussitôt à des foyers semblables dans le centre de la rétine.

L'opacité du corps vitré en forme de poussière ne peut amener de pareil abaissement de l'acuité visuelle. Cela prouve clairement les cas de « *synchysis scintillans* », dans lesquels, malgré le trouble étendu du corps vitré, on trouve à peine une diminution de la vision.

Ces foyers centraux expliqueraient le plus simplement pourquoi M. *Mooren* (2) se croit justifié de prétendre que l'acuité visuelle s'abaisse plus dans la rétinite syphilitique que dans toute autre forme de rétinite.

De même les scotomes, centraux et souvent positifs,

1. *Schreiber. Wien. med. Halle*, III, n. n° 37, p. 349, 1862.

2. *Mooren. Ophthalm. Beobacht.* Berlin, 1867.

trouvent ainsi leur explication; car, comme le dit Treitel (1) dans son travail : « Sur les scotomes positifs, etc. » et comme il l'a prouvé d'une façon probante, le scotome positif est basé sur ce que les malades voient comme une ombre le trouble qui se manifeste dans les couches internes de la rétine.

De plus, beaucoup d'auteurs, tels que Liebreich (1), Mauthner (3), Galezowski (4), Förster (*loc. cit.*), Knapp (5), Schubert (6), E. Nettleship (*loc. cit.*) entre autres ont déjà fait remarquer que, dans la rétinite syphilitique, il existe quelquefois, au centre de la rétine, de petits foyers gris blanchâtres ou rouge-clair. Mais ou bien ces foyers ont été attribués par ces auteurs à une choroïdite accompagnante, ou bien leurs rapports avec les plus fines artères rétinienne ne furent point observés.

1. Treitel. v. Graefe. *Arch.*, XXXI, 1, p. 259, 1885.

2. Liebreich. *Atl. der Ophthalm.* Berlin, 1863. Table X, Fig. 1 et 2.

3. Mauthner. *Lehrb. d. Ophthalm.* Vienne., 1868.

4. Galezowski. *Etude sur l'ambl. et l'amaur. syph.* *Arch. gén. de méd.* 1871.

5. Knapp. *Ein Fall von Neuroret, etc.* *Arch. f. Augen-u. Ohrenheilk.*, n° 2, p. 205, 1875.

6. Schubert. *Ueb. syph. Augenkrankh.*, Berlin, 1881.

III. — LES FAITS ANATOMO-PATHOLOGIQUES

Maintenant si nous jetons un regard sur l'ensemble de la littérature ayant trait à la rétinite syphilitique, nous nous trouvons embarrassés de poser un diagnostic exact à cause de la multiplicité des images cliniques sous lesquelles cette affection se présente à nous.

Essayons à présent de voir si nous réussirons à ramener ces différentes images à une base commune. Il nous faudra, à cet effet, recourir à l'anatomie pathologique de l'affection, qui, seule, pourra nous éclairer en cette circonstance, comme en tant d'autres.

C'est précisément l'énorme difficulté de se procurer des préparations anatomo-pathologiques de cette affection, qui a conduit aux nombreuses différences d'opinions, quant au siège de la maladie.

En effet, les faits anatomiques sont peu nombreux jusqu'à présent. Encore en 1886, Wedl et Bock dans leur « *Atlas de l'anatomie pathologique de l'œil* » firent ressortir que des signes anatomiques certains n'avaient pas encore été constatés pour la rétinite syphilitique. Ceci n'est pas absolument exact. Déjà M. J. Hutchinson dans son article : « Sur les différentes formes d'inflammations de l'œil dérivant de la syphilis héréditaire (1) » rend

1. Ophtalm. Hosp. Rep. I, II 1858/60.

compte d'un cas de choréïdite syphilitique héréditaire analysé microscopiquement par le Dr Bader, et dans lequel on constata dans la rétine de petits foyers grisâtres ou jaunâtres. Ceux-ci devaient, au dire de l'auteur, leur origine à des accumulations de corpuscules graisseux.

Il est remarqué en même temps que les vaisseaux rétiens montraient des parois épaissies. Les foyers de la choroïde y étaient composés d'agglomérations de cellules rondes autour des capillaires et des vaisseaux un peu plus grands, et siégeaient de préférence dans la chorio-capillaire.

Dans les 20 années suivantes je n'ai pu rencontrer dans la littérature aucune publication concernant des faits anatomiques.

Plus tard seulement, dans le volume X, des *Ophthalmie Hospital Reports*, 1880-1882, page 13, *Edmunds et Brailey* constatent dans leur article sur les « altérations des vaisseaux sanguins dans les affections de l'œil, considérées dans leur rapport avec la pathologie générale », que dans la rétinite syphilitique, soit en cas de syphilis acquise, soit en cas de syphilis héréditaire, les artères de la rétine montraient des altérations analogues à celles des artères cérébrales décrites par *Heubner* (1). Leurs parois étaient épaissies et présentaient une prolifération des noyaux. Outre cela, la membrane interne était hypertrophiée, et les capillaires souvent variqueux. L'artère centrale dans le nerf optique était inaltérée, s'il ne subsistait pas de com-

1. Heubner. *Die luetische Erkrankung der Hirnarter.* Leipzig, 1874.

plications. Les auteurs trouvaient aussi de semblables lésions des vaisseaux artériels dans les inflammations syphilitiques de la choroïde et de l'iris.

En 1886, *Nettleship* (*loc. cit.*), publia plusieurs faits anatomiques d'inflammation syphilitique des membranes internes de l'œil, entre autres aussi d'un cas de syphilis acquise.

Je ferai remarquer que *Nettleship* trouva comme résultat de ses recherches les mêmes altérations des artères rétinienne (et même principalement des petites artères, comme *Edmunds et Brailey*), jusqu'à oblitération complète des branches artérielles. Il souligne expressément que souvent les veines ne participent nullement au processus. En plus, *Nettleship* constata principalement l'épaississement de la couche des fibres nerveuses, dans laquelle il y avait des masses de cellules rondes affectant par endroits l'aspect de petites gommès. *Nettleship* fait remarquer que, lors même que la choroïde se trouve atteinte en même temps, elle l'est plus par foyers, de manière qu'il se présente de petits amas gommeux de cellules rondes, limités à la choriocapillaire, pendant que la rétine se montre altérée à la façon décrite ci-dessus, c'est-à-dire diffusément, et sur une plus grande étendue, indépendamment des foyers choroïdiens.

Puis le Dr J. Deyl (1) de Prague fit en 1887 un travail très consciencieux, mais qui, écrit en langue tchèque, restait peu connu. Ce travail se base sur les recherches des rapports de la syphilis à l'œil. *Deyl* étendait ses inves-

1. Deyl. *Casopis lékařů českých*. Vol. XXVI, 1887.

tigations aussi sur l'anatomie pathologique de la syphilis en général, et il examinait le foie, les ganglions lymphatiques; le cordon ombilical, etc., de fœtus syphilitiques morts, ainsi que des ganglions tuméfiés et indurés, extirpés à des malades infectés de syphilis. *Deyl* trouva cette règle générale que le virus syphilitique se répand par le courant artériel et lymphatique, et que les premiers symptômes syphilitiques se montrent toujours aux branches terminales des artères. Il se produirait un épaissement de leurs parois et des proliférations de la membrane interne; il se formerait des accumulations de cellules rondes autour des petites artères et éventuellement aussi, suivant le courant lymphatique, dans les gaines lymphatiques périveineuses, pendant que les veines elles-mêmes restent tout-à-fait intactes. Ce n'est que secondairement que peuvent s'altérer également les artères un peu plus grandes et qui sont déjà pourvues de vaisseaux nourriciers. Précisément les altérations de ces « vaso-vasorum » amèneraient secondairement les lésions des plus grandes artères nourries par ceux-là.

C'est ainsi que déjà *M. Köster* dans sa conférence (1) et *M. Baumgarten* (2) dans son travail : « *Sur l'artérite et l'endoartérite avec considération spéciale de l'affection dite syphilitique des artères cérébrales, etc.* » ont essayé d'expliquer le développement de l'endoartérite syphilitique des artères cérébrales. *Deyl* a créé à cette théorie une base plus étendue.

1. Köster. *Niederrhein. Ges. in Bonn.*, séance du 20 déc. 1875, Berl. Klin. Woch., 1876, n° 31.

2. Baumgarten. *Virch. Arch.* LXXIII, p. 102, 1878.

La partie de la publication de *M. Deyl* que je viens de résumer est si précieuse et si intéressante que nous regrettons l'erreur de son maître, le professeur *Schöbl*. Celui-ci lui avait remis, pour l'examiner, un œil tuberculeux au lieu d'un œil syphilitique, comme il l'avoue dans un article publié dans le « *Centralblatt für praktische Augenheilkunde* » (1). Il est évident que la similitude des altérations produites d'une part par la syphilis, d'autre part par la tuberculose, ainsi que l'insuffisance de nos connaissances sur l'anatomie pathologique de la syphilis du fond de l'œil ont fait méconnaître à *M. Deyl* l'erreur de *M. Schöbl*.

Or, *M. Schöbl* a publié, dans ledit article, les résultats de l'examen microscopique de l'œil syphilitique. Ce dernier provenait d'une femme décédée des suites d'une pneumonie aiguë, et chez laquelle on avait diagnostiqué, de son vivant, une chorioretinite syphilitique circonscrite. D'après mes recherches, l'œil examiné par *M. Schöbl* est jusqu'à l'heure actuelle, le premier qui, présentant une affection syphilitique non compliquée d'affection des autres parties de l'œil, soit venu à l'examen anatomique. Quant aux altérations de la rétine qui nous intéressent ici avant tout, *M. Schöbl* n'a fait que vérifier ce que les auteurs sus-nommés avaient déjà constaté, et ce que *M. Deyl* devait attendre d'après ses autres recherches. *M. Schöbl* dit textuellement que « les parois de la plupart des artères, les plus petites, les moyennes et les plus grandes, se mon-

1. *Schöbl. Einige Worte üb. Chorioid. spec., etc.* C. Bl. f. pr. Aug., 1888, nov.

traient épaissies, surtout au voisinage des foyers formés d'un amas de cellules rondes. Non seulement la membrane interne, mais aussi l'adventice, était épaissie. En outre, ces artères présentaient le plus souvent une dégénérescence hyaline. *Tous les plus petits foyers d'infiltration semblaient sortir des artères.* »

Nous voyons donc que M. Schöbl, sans le vouloir, affirme ce que M. Deyl avait constaté pour les affections syphilitiques autres que celles de l'œil, et ce que, déjà quelques ans auparavant, M. Balzer (1), chef de laboratoire d'histologie de l'hôpital Saint-Louis, avait préconisé, à savoir que les produits syphilitiques partent des branches artérielles terminales. Ce dernier auteur a examiné des gommès de la peau et se prononce textuellement comme suit :

« Les altérations (syphilitiques) portent principalement sur le système vasculaire, qui est évidemment leur siège primitif et leur point de départ. Dans la zone embryonnaire qui contourne les foyers caséeux on voit un grand nombre de vaisseaux oblitérés. Les éléments de leurs parois ont proliféré, formant des couches concentriques de cellules fusiformes qui ont fini par oblitérer complètement la lumière du vaisseau. Cette évolution peut se suivre dans certains vaisseaux qu'on voit entourés par un manchon plus ou moins épais de cellules embryonnaires contribuant à oblitérer par compression leur lumière. Ces cellules sont-elles des éléments lymphoïdes transformés après leur sortie par diapédèse du vaisseau en voie d'oblitération ? On peut l'admettre, etc. »

1. F. Balzer. *Gommès de la peau*. *Revue de Médec.*, août 1884.

Vers la fin de son travail, M. Balzer dit : « En résumé, les nodules inflammatoires, primitifs, dont la congglomération constitue la tumeur gommeuse crue se développent autour des vaisseaux, lesquels restent longtemps perméables ou susceptibles de se désobstruer. La dégénérescence caséuse commence à la périphérie des nodules et *suit par rapport au vaisseau une marche centripète.* »

Pour être complet, quant à la revue de toutes les publications ayant trait à l'anatomie pathologique de la rétinite syphilitique, il faut que je mentionne aussi les faits anatomiques communiqués par M. Klebs dans la discussion qui eut lieu après la conférence de M. Haab (1). Il en sera question plus loin encore. M. Klebs dit qu'il a assez souvent constaté, chez des syphilitiques, les altérations d'artérite des artères rétiniennes.

Ici se place également de toute probabilité le fait anatomique du cas publié par M. Fürstner (2) et dont nous nous occuperons encore plus spécialement plus bas.

Toutes les recherches anatomiques faites jusqu'à présent ont donc démontré que, tant dans la syphilis héréditaire que dans la syphilis acquise, on a observé les altérations suivantes :

1° La choroïde est le plus souvent altérée par foyers, et cela en forme d'agglomérations de cellules rondes rappelant des gommès et qui siègent dans la choriocapillaire, c'est-à-dire à l'endroit des branches terminales des artères ;

1. Corr. Bl. f. Schweiz. Aerzte., 1886, n° 6.

2. Deutsch. Arch. f. Klin. méd. XXX, p. 534, 1886.

2° Même dans les cas où l'affection de la choroïde attire presque toute notre attention, la rétine se trouve atteinte plus diffusément et tout-à-fait indépendamment des foyers choroïdiens ;

3° Dans la rétine il s'agit surtout d'un épaissement de la couche des fibres nerveuses, et on y trouve souvent des amas de cellules rondes semblables à des gommes et qui sont en rapport très intime avec les vaisseaux :

4° Les vaisseaux artériels présentent toujours un épaissement de la paroi et une prolifération de la membrane interne, altérations qui ressemblent parfaitement à l'altération syphilitique des artères cérébrales décrite par *Heubner*.

IV. — LES DIFFÉRENTES IMAGES CLINIQUES

Or, si de pareilles altérations intenses ont été trouvées anatomiquement dans la rétine même dans des cas où celle-ci semblait ophtalmoscopiquement plus ou moins saine, n'est-il pas évident que dans la vraie rétinite syphilitique où l'ophtalmoscope révèle, pour le moins, une participation de la rétine il ne s'agira pas d'une propagation d'une inflammation de la choroïde, comme le veut M. *Fœrster*, mais bien d'une affection absolument indépendante de la rétine ? Comme l'ont démontré surtout MM. *Balzer* et *Deyl*, les produits pathologiques de la syphilis se localisent primitivement aux branches terminales des artères ; or, si la syphilis atteint l'œil, les foyers peuvent se produire dans toutes les membranes oculaires possibles et cela autour des branches artérielles terminales. C'est ainsi que s'explique probablement le fait que l'épisclérite syphilitique apparaît de préférence au bord scléro-cornéen et que dans l'iritis syphilitique nous ne trouvons, le plus souvent, que de très faibles synéchies postérieures et qui cèdent facilement à l'atropine ; car il ne s'agit d'abord que d'une affection de la zone terminale des artères, à savoir du bord pupillaire et, par là, il ne se forme pas de synéchies étendues sur la surface postérieure de l'iris.

C'est par la même raison que dans la choroïde la syphi-

lis se localise dans la choriocapillaire, et que dans la rétine la couche des vaisseaux, c'est-à-dire la couche des fibres nerveuses, est primitivement et presque exclusivement atteinte. Dans cette couche même ce sont encore les zones terminales des artères, à savoir le centre et éventuellement aussi la périphérie extrême qui sont envahies. Voilà ce qui ressort cliniquement d'une manière convaincante entre autres des huit cas que j'ai décrits plus haut.

Il est bien entendu que, en même temps, différentes zones terminales de l'artère ophthalmique peuvent devenir le siège de l'affection syphilitique. C'est ce qui arrivera même dans la plupart des cas. Nous voyons par conséquent, à côté de la rétinite syphilitique parfois une iritis simultanée, et dans presque tous les cas des foyers choroïdiens. Ces différents foyers sont absolument indépendants l'un de l'autre. Les foyers choroïdiens et les foyers rétinien sont même séparés par des couches tout à fait intactes, ce qui est prouvé jusqu'à présent par la plupart des faits anatomo-pathologiques.

L'iritis qui se montre souvent à côté de la rétinite et les altérations choroïdiennes persistantes, ont été, comme nous l'avons vu, deux des cinq raisons qui ont déterminé M. Förster à déclarer pour une choroïdite diffuse la soi-disant rétinite syphilitique.

Vu les faits anatomo-pathologiques, ces deux raisons manquent de base. Il en est de même des autres trois raisons. Nous nous en convaincrons immédiatement.

D'abord quant aux opacités fines du corps vitré qui, au

dire de M. *Leber* (1), sont presque pathognomoniques pour la rétinite syphilitique, elles parlent, selon *Förster*, plutôt en faveur d'une affection de la choroïde que de la rétine.

Je ne suis pas du tout de cet avis. Les opacités du corps vitré se composent indubitablement de cellules dans la rétinite syphilitique. C'est ce qui est prouvé entre autres par le cas n° 3 (syphilis acquise) dans le travail de M. *Nettleship* cité plus haut. Cet auteur y a trouvé dans le corps vitré, examiné à l'état frais, des cellules de différente forme et grandeur, les unes rondes, les autres coudées et effilées en longs processus, quelques-unes de ces dernières toutes plates. Il n'y avait pas d'hématies. Or, à l'état développé, le corps vitré ne contient pas de cellules fixes. C'est ce qui a encore été expressément établi par M. *Schwalbe* (2) dans son dernier ouvrage. Selon lui, toutes les cellules qu'on trouve dans le corps vitré normal ne sont que des leucocytes immigrés. Par conséquent, si nous rencontrons des opacités composées de cellules il faut que celles-ci soient immigrées des membranes avoisinantes. En cas de choroïdite il est évident qu'elles devraient, pour pénétrer dans le corps vitré, traverser d'abord la rétine. Or, l'anatomie pathologique a démontré que même dans des cas où, à côté de la rétinite, il existait, en effet, des foyers choroïdiens, la couche des fibres nerveuses, in-

1. *Krankheiten der Netzhaut u. des Sehnerv.* dans *Graefes-Saemisch.*, vol. V, 1877.

2. *Schwalbe. Lehrbuch der Anatom. der Sinnesorgane.* Erlangen, 1885.

filtrée d'amas de cellules rondes, était séparée des foyers choroïdiens par toutes les couches externes normales. Il n'y a donc pas de doute que les cellules ne proviennent de la rétine. Le fait que, dans la rétinite syphilitique, de préférence, des cellules entrent dans le corps vitré, me semble s'expliquer parce qu'ici justement, la couche la plus rapprochée, à savoir la couche des fibres nerveuses et des vaisseaux, est primitivement et presque exclusivement atteinte. Le processus syphilitique produit ici même des agglomérations de cellules, tandis que dans les autres formes de rétinite, par exemple la rétinite albuminurique l'œdème l'emporte absolument sur l'infiltration cellulaire.

Partout où il y a une infiltration cellulaire abondante dans la rétine, il se fait aussi une immigration dans le corps vitré, d'où l'infiltration cellulaire énorme dans la rétinite pyohémique.

Au fur et à mesure que, dans la rétinite syphilitique, l'infiltration cellulaire de la rétine est inférieure à celle, par exemple, de cette dernière affection (la rét. pyohém.), dans la même proportion, les opacités du corps vitré y sont plus fines, et ont, à l'ophtalmoscope, plutôt l'aspect de poussière. Il faudrait donc directement renverser la donnée de Förster, à savoir : que les opacités du corps vitré parlent en faveur d'une choroïdite. Je dirai que, toutes les fois qu'il existe des opacités du corps vitré, il est certain que la rétine participe, pour le moins, au processus, tandis qu'une participation de la choroïde ne s'en suit aucunement, ne fût-ce qu'il s'agit d'une affection de la région du corps ciliaire, où la rétine est réduite à une couche pigmentaire double.

Du reste, cela ne change rien à la valeur, pour ainsi dire, pathognomonique des opacités du corps vitré, en forme de poussière.

Les deux dernières raisons de M. *Förster* se tiennent encore moins debout. *Förster* prétend que l'héméralopie, respectivement la diminution du sens lumineux, plaide en faveur d'une choroïdite primitive. Il admet qu'il s'agit, dans l'héméralopie, d'un trouble fonctionnel de la rétine, mais qui se présenterait surtout dans les affections des couches externes. Or, il va sans dire que, dans le cas d'une altération intense des vaisseaux rétinien, telle qu'elle se produit dans le cours ultérieur de l'affection syphilitique, la fonction de cette membrane doit s'abaisser fortement. Je voudrais comparer la diminution du sens lumineux rétinien à la diminution des fonctions supérieures du cerveau désignée par M. *Heubner* comme caractéristique pour l'affection syphilitique des artères cérébrales.

Quant au dernier argument de M. *Förster*, à savoir la diminution fréquente du parcours d'accommodation, elle n'est point fréquente à constater. Dans beaucoup de cas je ne l'ai pas observée; je n'ai pas rencontré non plus, dans la littérature, des observations de ce genre, faites par d'autres auteurs. Mais quand même ce symptôme existerait toujours, il ne servirait qu'à appuyer quelque peu les autres arguments, si ceux-ci étaient probants. Cette condition n'étant pas remplie, inutile de s'en occuper davantage.

Quant aux autres symptômes, tels que photopsie, métamorphopsie, scotomes négatifs et positifs, vision réticulée,

etc., *Færster* lui-même n'a pas nié qu'ils parlent au moins pour une participation de la rétine.

Nous avons donc vu jusqu'ici que, dans la syphilis, en effet, la rétine est atteinte avant tout, et qu'en même temps il se forme généralement des foyers choroïdiens tout à fait indépendants des foyers rétinien. La différence de l'affection des deux membranes n'est qu'apparente, basée sur la différence de la distribution des vaisseaux, d'où dépend, ainsi qu'il a été exposé plus haut, la localisation des foyers.

Dans la choroïde il y a une couche unie de capillaires, étendue sur tout le fond de l'œil. C'est ce qui explique pourquoi les foyers choroïdiens se montrent à tous les endroits possibles. Vu que les foyers choroïdiens se trouvent aussi en connexion avec les branches terminales des artères, on s'explique facilement que c'est justement la chorio-capillaire où il se forme, à des points circonscrits, de petits amas de cellules, tandis que la choroïde restante se montre intacte. Le fait que le réseau capillaire est un peu plus étroit au centre de la choroïde, est peut-être la cause pour laquelle les foyers choroïdiens auraient une certaine prédilection pour le centre, pour la région de la macula, comme l'admettent entre autres MM. de *Graefe* (1), de *Wecker* (2), *Panas* (3). Du reste il y a d'autres auteurs,

1. *Die syphil. Erkrankungen des Auges. Deutsche Klin.* XXI. p. 208, 1858.

2. *Wecker. Etudes ophthalmol.* Paris, 1863.

3. *Panas. Leçons sur les maladies inflammatoires des membranes internes de l'œil.* Paris, 1878.

Schweigger (1) *Mauthner* (2) qui, tout au contraire, envisagent le siège périphérique des petits foyers comme caractéristique pour la syphilis. C'est ce qui prouve le mieux qu'ils peuvent se présenter partout sans différence notable.

Dans la rétine la distribution des vaisseaux est tout autre. Là, il y a deux principales zones terminales des artères, à savoir le centre et la périphérie extrême. Voilà pourquoi nous rencontrons ici d'abord les altérations syphilitiques. Les foyers les plus extrêmes se dérobent sans doute généralement à la perception ophtalmoscopique. Par contre, il faut que dans tout cas de syphilis où le malade accuse des troubles visuels, même les plus légers, on examine très consciencieusement le centre de la rétine. D'un autre côté, lesdits foyers minimes, centraux, gris blanchâtres, à limites diffuses, situés à côté de branches terminales artérielles, doivent éveiller de suite nos soupçons à l'égard d'une infection syphilitique. En effet, nous ne connaissons pas d'autres rétinites où il y a de tels foyers. Ce sont là des produits essentiellement syphilitiques, des gommes minimes, comme l'a soupçonné déjà *M. Virchow*, situées de préférence autour des branches terminales des artères.

M. Sessel dit dans sa publication (3) (page 414) :
« Dans ses 8 cas *Ostwald* n'a pas vu d'altération des vais-
« seaux, mais seulement de petits foyers gris blanchâtres

1. *Schweigger*. *Vorlesung. über den Gebrauch des Augenspiegels*. Berlin, 1864.

2. *Mauthner* (*loc. cit.*) dans le traité de *Zeissl*.

3. *Sessel*. *Die ophthalm. Kennz. der Hirnsyph. Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, vol. XLIV, 4, page 407, 1889.

« en forme de grappes, situés principalement autour des
« branches terminales artérielles. Je ne trouve pas justifié
« de conclure de la présence de ses petits foyers à une
« altération des vaisseaux. » Je n'ai qu'à objecter à
M. *Seggel* que lesdits petits foyers observés par moi à
l'ophthalmoscope correspondent absolument aux petites
tumeurs gommeuses, trouvées à l'examen microscopique
autour des petites artères atteintes d'endo-artérite, par
MM. *Hutchinson*, *Nettleship*, *Schöbl*, *Deyl* et *Balzer*. Dans
cette période primitive les altérations des parois artérielles
ne sont pas encore visibles à l'ophthalmoscope. Néanmoins
lesdits faits microscopiques nous forcent d'en présumer
la présence.

Ces petits foyers, éventuellement combinés avec des
opacités extrêmement fines du corps vitré et avec lesdits
petits foyers choroïdiens isolés, représentent donc, pour
ainsi dire, le premier degré de l'affection oculaire syphili-
tique, tel qu'il est à constater le plus souvent, quelques
mois après l'infection primitive.

Peu à peu se développent aussi de semblables *processus*
dans les branches terminales artérielles, qui, sous le nom
de « *vasa vasorum* », nourrissent les parois des artères
un peu plus grandes, ainsi que cela est constaté pour l'ar-
térite syphilitique de l'encéphale par MM. *Köster* (*loc. cit.*)
et *Baumgarten* (*loc. cit.*), et pour la syphilis en général
par M. *Balzer* (*loc. cit.*) et M. *Deyl* (*loc. cit.*). Il se produit
alors un épaissement de l'adventice de ces artères, éven-
tuellement avec de petites tumeurs gommeuses. Il y a en-
suite secondairement une prolifération de la membrane
interne et un rétrécissement jusqu'à l'oblitération complète

de la lumière, un fait tel qu'il a été constaté dans toutes les recherches anatomiques reproduites plus haut. Quelquefois, on a même observé cliniquement à l'ophthalmoscope ces altérations avancées des artères, et cela le plus souvent dans des cas invétérés. Les artères apparaissent alors comme des bandes blanchâtres, en tout semblables aux artères cérébrales altérées par la syphilis ; nous en avons pu recueillir les cas suivants :

1° En 1870, M. *Schillinger* (1), a parlé dans sa publication d'« un cas extraordinaire de rétinite spécifique » d'un vaisseau assez grand, blanchâtre, oblitéré. Il le prend plutôt pour une veine, sans avoir pu le poursuivre jusqu'au point d'émersion de la papille. Je n'hésite pas à le déclarer pour une artère altérée de ladite matière.

M. *Seggel* (2) est d'accord avec moi sur ce point.

2° En 1877, M. *Leber* (3) mentionne un cas où il a trouvé « quelques vaisseaux », cependant aucune des branches principales près de la papille, changées en des bandes minces, blanchâtres.

3° En 1882, un cas similaire a été publié par M. *Hirschberg* (4).

4° En 1886, M. *O. Haub* (5) a publié un cas où les branches artérielles rétinienne s'étaient changées en des lignes fines, blanchâtres, au milieu d'une région de la rétine parsemée d'hémorrhagies.

1. *Med. Chir. Rundschau*, XI (1), 3, p. 63, Wien. 1870.

2. (*loc. cit.*) *Arch. f. Klin. Méd.* XLIV.

3. *Leber* (*loc. cit.*) *Graefe Saemisch*, V. page 621.

4. *Centr. Bl. für praktische Augenheilkunde*, 1882 ; page 327.

5. *Corr. Bl. der Schweizer Aerzte*, 1886. N° 6, page 152.

L'artère dont c'étaient les branches n'était plus une bande blanchâtre, mais sa paroi présentait par-ci, par-là, des taches d'un blanc vif qui, par endroits, se confondaient en formant une traînée toute blanche.

5° Je me souviens, moi aussi, d'avoir observé une fois, dans un cas de rétinite syphilitique, cette altération restreinte seulement à une petite partie d'une artère.

6° On trouva cette altération des artères rétinienne à un degré très prononcé chez un malade qui fut traité à partir de 1888 dans la clinique du D^r *Ed. Meyer* à Paris. Grâce à l'obligeance de ce dernier, j'ai pu moi-même m'en convaincre.

Il sera encore question de ce cas. Le malade s'était infecté 4 ans auparavant.

7° M. v. *Ziemssen* (1) mentionne dans ses « *Klinische Vorträge* » un cas qu'il a observé de concert avec M. *Seggel*. Ce cas concernait un homme, âgé de 33 ans, qui avait été atteint de syphilis depuis 10 ans.

8° Tout récemment (1889) M. *Seggel* (*loc. cit.*) a communiqué en dehors de ce dernier cas encore deux autres absolument similaires.

Il s'agit de deux malades âgés de 32 et de 28 ans.

Les 4 derniers cas sont distingués parce que, grâce à un traitement antisiphilitique, l'altération des parois artérielles a disparu plus ou moins complètement. Ceci parle nettement en faveur d'une curabilité de l'artérite syphilitique, curabilité qui a déjà été démontrée d'une façon convain-

1. H. v. *Ziemssen* *Klinische Vorträge*. 13^e vortr. (*Syphilis des Nerven-Systems*) Leipzig, 1888, F. C. W. Vogel, édit. pag. 10

cante par le cas de M. *Leudet* (1), où il s'agissait d'une artérite oblitérante syphilitique de la branche antérieure de l'artère temporale superficielle des deux côtés, chez un homme âgé de 53 ans qui s'était infecté 5 ans auparavant. La guérison complète s'y est faite au bout d'un an et deux mois. M. *Balzer* (*loc. cit.*) de même insiste sur ce que les vaisseaux restent longtemps « susceptibles à se désobstruer » si un traitement antisypilitique intervient. Les altérations visibles des artères rétinienne appartiennent évidemment, en général, à une période plus avancée de la syphilis. Ainsi dans le cas de *Schillinger* deux ans, étaient écoulés depuis le moment de l'infection ; dans le cas de M. *Hirschberg* également 2 ans, dans celui de M. *Meyer* 4 ans, dans les 3 cas de MM. v. *Ziemssen* et *Seggel* 10, 10 et 5 ans. Il n'y a donc rien d'étonnant que M. *Seggel* (*loc. cit.* p. 422) n'y ait pas trouvé les petits foyers blanchâtres en forme de grappes, que j'ai désignés comme caractéristiques pour la toute première période.

Contrairement aux cas invétérés, les symptômes vasculaires visibles des vaisseaux sont de prime abord même remarquablement moindres que dans toute autre forme de rétinite, ce qui est admis par la plupart des auteurs, sans que pour cela les altérations des petites artères fassent défaut au microscope. Puisque les altérations des membranes externe et interne, ainsi qu'il a été développé plus haut, se font primitivement dans les branches terminales des artères et y amènent dans un très court délai un

1. *Leudet. curabilité de l'artérite syphilitique. Union médicale*, 14 oct. 1884.

rétrécissement de la lumière, il est donc impossible qu'il se produise un engorgement et une flexuosité plus considérables des veines. De plus, considérant que l'affection syphilitique de la rétine produit de bonne heure un épaissement progressif de la paroi des petites artères (s'avancant le plus souvent de la périphérie vers le centre), il s'explique facilement pourquoi les hémorrhagies, qui sont dues d'ailleurs à la rupture des branches terminales artérielles, par suite de la fluxion inflammatoire, apparaissent si rarement dans la rétinite spécifique. C'est ce qui est confirmé expressément par tous les observateurs consciencieux, tels que de *Graefe* (*loc. cit.*), *M. Schweigger* (*loc. cit.*), *M. Leber* (*loc. cit.*), *M. Michel* (*loc. cit.*), et d'autres. Les hémorrhagies ne s'observent généralement qu'à une époque très avancée; je suppose quand la prolifération de la membrane interne a produit une obstruction complète de petites branches artérielles. Dans ce cas on voit aussi quelquefois à l'ophtalmoscope les altérations des parois artérielles. Aussi la plupart de ces cas d'artérite oblitérante visible à l'ophtalmoscope (voy. pages 38 et suiv.) offraient un nombre plus ou moins grand d'hémorrhagies dans la région rétinienne soignée par les artères altérées. Je crois qu'il s'agit dans ces cas d'une sorte d'infarctus hémorrhagique, vu que la rétine est pourvue d'artères terminales prononcées (« Endarterien » d'après *M. Cohnheim*). Cette manière de voir est appuyée par ce que *MM. Edmunds et Brailey* (*loc. cit.*) ont quelquefois constaté dans la rétinite syphilitique à côté des altérations typiques des artères de *Heubner* un état variqueux des capillaires. C'est ce qui parle sûrement en faveur d'une stase

du côté des veines. Les hémorrhagies étaient donc dues à une thrombose de petites branches artérielles. L'objection de M. *Leber* (1), qu'on ne peut pas toujours constater un défaut du champ visuel correspondant à une telle thrombose, tombe d'elle-même quand on pense que ce sont précisément les plus petites branches artérielles qui sont oblitérées, comme M. *O. Haab* (*loc. cit*) le suppose aussi dans son cas avec la plus grande vraisemblance. Par conséquent la partie de la rétine dépourvue de sa nutrition et pour cela nécrosée ne doit pas être plus grande que l'hémorrhagie elle-même, d'où résulte la difficulté de découvrir cliniquement le défaut du champ visuel tout périphérique. Il va sans dire qu'un défaut du champ visuel, correspondant à l'hémorrhagie, doit exister dans tous les cas.

Il ressort de ce que nous avons développé jusqu'ici, que presque toutes les différentes formes de rétinite et de chori-rétinite décrites par les différents auteurs peuvent bien être réduites à une base commune, c'est-à-dire au rapport intime qui existe entre la syphilis et les branches terminales des artères.

Ceci est aussi admissible, à mon avis, pour l'affection si extrêmement rare, la rétinite centrale à rechutes de *de Graefe* (*loc. cit.*). Il me semble qu'on peut introduire cette affection avec les autres dans un même cadre commun. Chaque accès isolé de la rétinite centrale à rechutes a la plus grande ressemblance avec les huit cas de rétinite syphilitique que j'ai décrits plus haut. Ainsi M. *de Graefe* mentionne déjà l'apparition de tout petits foyers blanchâtres, se trou-

1. Graefe. Saemisch, V. pag. 620.

vant aussi parfois par groupes et qui disparaissent complètement par suite d'un traitement antisyphilitique. Ce ne sont que leurs rapports avec les vaisseaux qui n'ont pas été observés par M. de Graefe. Dans le cas de M. Reuss (voyez plus haut) il y avait également au centre de pareils foyers minimes et en plus de petits foyers choroïdiens semblables à ceux que nous avons mentionnés plus haut et qui se trouvent dans presque tous les cas de rétinite syphilitique. M. Alexander (*loc. cit.*) les a constatés aussi dans un cas. La seule différence essentielle gît dans le caractère récidivant prononcé de l'affection. Mais cela même ne constitue, à mon avis, qu'une différence graduelle. Toute rétinite syphilitique a une tendance remarquable aux rechutes. C'est ce qui est admis conformément par presque tous les auteurs. Je ne citerai ici que : M. Jacobson (*loc. cit.*) lui-même, puis de Wecker (*loc. cit.*), Mauthner (*loc. cit.*), Hock (*loc. cit.*), Förster (*loc. cit.*), Leber (*loc. cit.*).

Déjà M. de Graefe lui-même a insisté sur ce qu'il n'y a pas de différence fondamentale entre sa rétinite centrale à rechutes et la rétinite syphilitique ordinaire. Il dit textuellement (*loc. cit.*) : « Du reste, on rencontre aussi en « dehors de la marche typique des images entramê-
« lées entre cette forme (la rétinite centrale à rechutes) et
« la forme ordinaire et des complications choroïdiennes
« pour lesquelles semble exister une certaine disposition
« si les malades s'exposent, pendant les accès, à des in-
« fluences nuisibles, ou si la maladie non traitée s'invé-
« tère de plus en plus. » On voit donc que M. de Graefe lui-même admet qu'il n'y a pas de limite distincte entre les deux affections en question. Ce n'était donc pas de ma

part (*loc. cit.* Compte-rendu du VII^e Congr. intern. d'Ophth.) une allégation trop cherchée ni trop peu justifiée, d'après les explications précédentes, de rapprocher la rétinite centrale à rechutes des formes ordinaires de rétinite syphilitique. Jamais je ne les ai déclarées identiques comme M. Seggel (*loc. cit.*, p. 413) veut bien me le faire dire. La circonstance que selon Graefe sa rétinite centrale à rechutes serait un symptôme des plus tardifs de la syphilis constitutionnelle n'y est pour rien. La fréquence et la courte durée des attaques, les troubles insignifiants de la vision produits par les premiers accès (Voyez de Graefe, *loc. cit.*), ont rarement permis de déterminer à coup sûr l'époque du premier début de l'affection. Nous avons vu plus haut combien la diminution de l'acuité visuelle était légère et que l'affection rétinienne n'avait été reconnue que par hasard chez quelques-uns des malades traités avant pour une iritis. Le cas de M. v. Reuss (*loc. cit.*) démontre, en outre, à l'évidence, que la rétinite centrale à rechutes n'est point toujours un symptôme si tardif. Car dans ce cas, observé du reste dès le début, et d'une manière très consciencieuse, le premier accès fut constaté six mois après l'infection syphilitique, simultanément avec les premiers symptômes constitutionnels.

Du reste, c'est justement l'apparition subite et la courte durée des accès qui me semblent confirmer avant tout qu'il s'agit dans la rétinite centrale à rechutes aussi, pour ne pas dire plus que dans les autres formes, d'une altération syphilitique des branches terminales des artères.

Nous voyons donc que toutes les images cliniques de rétinite et chorio-rétinite syphilitique, en apparence si

différentes les unes des autres, se laissent réunir facilement en une seule image, et que les faits anatomo-pathologiques constatés jusqu'à l'heure présente, nous obligent de supposer que ce sont vraisemblablement les altérations des branches artérielles terminales et de leur entourage produites par la syphilis, qui constituent la base de toutes les différentes formes. Il n'y a même rien d'étonnant à ce que par suite de négligence de la part du malade les altérations des vaisseaux artériels progressent de plus en plus et finissent par amener une atrophie de la rétinite.

Aussi comprend-on sans peine que finalement il se présente une image semblable à la rétinite pigmentaire, ainsi qu'elle est observée comme terminaison de la rétinite syphilitique par divers auteurs, tels que *Leber*, *Förster*, *Hock* et d'autres. Cela est d'autant moins frappant que même dans des cas moins avancés une tendance aux accumulations de pigment autour des artères rétiniennes a été démontrée anatomiquement, par exemple par *Edmunds* et *Brailey* (*loc. cit.*) et par *Nettleship* (*loc. cit.*).

V. — RAPPORTS A L'ARTÉRITE SYPHILITIQUE DU CERVEAU

Or, en notant les rapports intimes, aux branches terminales artérielles, des foyers rétinien et choroïdien produits par la syphilis, en envisageant de plus l'analogie des altérations des artères rétinien et des artères cérébrales atteintes de l'artérite syphilitique de *Heubner* qu'on a trouvé anatomo-pathologiquement et quelquefois même cliniquement, l'idée me vint que ces inflammations syphilitiques des membranes internes de l'œil pourraient peut-être posséder une valeur séméiotique à laquelle on n'a pas encore pensé jusqu'ici. Le fait établi par M. *Heubner* dans son travail cité plus haut, à savoir que la syphilis peut occasionner une altération primitive particulière des artères cérébrales, et que cette altération produit un groupe caractéristique de symptômes cérébraux et amène la mort dans un espace de temps plus ou moins long, est aujourd'hui, je pourrai le dire, généralement admis, quoique la manière de voir que M. *Heubner* a eu de ce processus ait subi des modifications dans des points importants par les travaux des auteurs ultérieurs, tels que C. *Friedlander* (1), *Köster* (*loc. cit.*) *Baumgarten* (2). Selon les deux derniers auteurs

1. *Friedlander*. *Centralblatt für die med. Wissenschaft.*, 1876. IV, p. 65.

2. *Baumgarten*. *Virch. Arch.* LXXIII p. 90, 1878 et LXX VIII, p. 268, 1879.

ce n'est pas la membrane interne, comme l'admettait M. Heubner, qui présente des proliférations primitives, mais les altérations se produisent primitivement dans l'adventice et ont pour suite secondaire ladite prolifération de la membrane interne. Au dire de ces auteurs le point de départ de toutes les altérations serait à chercher vraisemblablement dans les capillaires de la paroi des artères, les soi-disants vaso-vasorum. Nous avons vu que cette supposition a été vigoureusement soutenue par les travaux de M. Balzer (*loc. cit.*), et surtout de M. Deyl (*loc. cit.*).

Or, presque tous les auteurs, ainsi avant tout M. Lancereaux (1) et M. Heubner (*loc. cit.*), ont insisté sur ce que, de préférence, les branches de la carotide interne sont atteintes des altérations syphilitiques. C'est aux branches de cette artère qu'appartient aussi l'artère ophthalmique.

Je fis alors les réductions suivantes. Dans la chorioretinite spécifique les altérations se présentent d'abord et principalement dans la paroi et à l'entourage des branches terminales de l'artère ophthalmique. Ces foyers des membranes internes de l'œil doivent donc nous servir de preuve que, en effet, dans le cas en question le virus syphilitique a choisi pour point d'attaque les branches terminales de la carotide interne. Dans ces circonstances nous devons nous attendre à ce que de semblables processus se déroulent aussi dans une autre zone terminale de la même artère, à savoir dans les vaisseaux nourriciers des artères cérébrales, processus qui amèneraient tôt ou tard l'image

1. Lancereaux. *Affect. syph. de l'appar. circul.* Arch. de Méd., 1873.

connue de la syphilis des artères cérébrales de *Heubner*. *M. Heubner* a déjà fait remarquer que le rétrécissement des artères cérébrales doit avoir très considérablement progressé avant que de véritables symptômes cérébraux ne se prononcent, puisque toutes les artères corticales du cerveau possèdent des anastomoses si extrêmement prononcées (1).

C'est pourquoi la période initiale de l'artérite cérébrale se dérobe tout à fait à nos investigations. De là résulte que parmi 22 cas recueillis par *M. Heubner* les premiers symptômes de ladite affection ne se montrèrent que 2 fois 3 ans ; 11 fois 3 à 4 ans ; 1 fois 4 ans ; 3 fois 5 ans ; 1 fois 12 ans ; 1 fois beaucoup d'années après l'infection primitive. Aussi *M. Fournier* désigne-t-il dans sa monographie : La syphilis du cerveau (Paris, 1879) l'artérite syphilitique comme un symptôme appartenant surtout à la période tertiaire de la syphilis, et qu'il ne se présente le plus souvent que 3 à 18 ans après l'infection, quoique parfois il ait déjà été observé dans la première année.

Les légères altérations initiales dans la paroi des artères de la base du cerveau et dans son entourage sont absolument sans influence sur les fonctions cérébrales. Il n'en est pas ainsi avec la zone terminale des artères cérébrales dans les membranes internes de l'œil.

L'œil représente un réactif tellement excellent que même les plus petits foyers dans la région terminale artérielle de la rétine occasionnent déjà des symptômes sub-

1. Voy. aussi. *M. Duret. Circulation de l'encéphale. Arch. de Méd., 1875.*

jectifs plus ou moins accusés. C'est pourquoi on observe la rétine syphilitique comme un des premiers symptômes de la syphilis constitutionnelle. Elle apparaît le plus souvent déjà dans la première année, comme l'admettent *Jacobson (loc. cit.)*, *J. Hutchinson (1)*, et de *Graefe (2)*, *Klein (loc. cit.)*, *Kaposi (3)*; *Nettleship (loc. cit.)*. Il n'y a que très peu d'auteurs tels que *Færster (loc. cit.)* *Leber (loc. cit.)*, *Mauthner (loc. cit.)*, qui fixent son apparition un peu plus tard, sans en produire des preuves statistiques.

D'après ce que j'ai vu, je crois que les premiers symptômes suivent de près le début de la syphilis constitutionnelle.

En tous cas il y a donc, comme nous voyons, un intervalle de plusieurs à un grand nombre d'années entre l'apparition des symptômes syphilitiques oculaires, et les symptômes cérébraux dans la syphilis des artères cérébrales. C'est ce qui explique aussi pourquoi jusqu'à présent l'attention n'avait pas encore été appelée sur les relations entre lesdites deux manifestations de syphilis.

Les malades, atteints d'artérite cérébrale, se trouvent le plus communément dans le service des cliniciens internes qui s'occupent assez rarement de l'état des yeux. D'autre part, les malades eux-mêmes ne pensent plus à une affection oculaire dont ils ont peut-être souffert il y a nombre d'années. Vient s'ajouter à cela l'inconscience ou tout au

1. *A. clin. mem. on cert. dis. of the eye*, etc. London, 1863.

2. *Loc. cit.* Graefe's Arch. XII.

3. *Path. u. Ther. d. Billroth. u. Luccke's deutsche Chir.*, XI. p. 121. Stuttgart, 1881.

moins l'état d'intelligence abaissée avec diminution de la mémoire dans lequel ils se trouvent au moment du traitement clinique.

Pourtant j'ai réussi à recueillir dans la littérature un assez grand nombre de faits qui servent à soutenir ma supposition, de sorte que celle-ci s'élève de beaucoup au-dessus du niveau d'une simple hypothèse, et cela d'autant plus que le nombre des cas exactement décrits d'artérite cérébrale syphilitique est assez restreinte, et que, comme nous venons de le dire, l'état des yeux a été rarement assez soigneusement examiné. Les observateurs se sont généralement contentés de constater la présence ou l'absence d'un étranglement de la papille du nerf optique.

Qu'il me soit permis de reproduire ici, l'un après l'autre, les différents cas.

1° Dans son cas n° 43 (*loc. cit.*), où les symptômes cérébraux typiques avaient apparu huit ans après l'infection, M. Heubner mentionne que, à l'ophtalmoscope, il y avait une atrophie double du nerf optique et à gauche une rétinite *centrale*. A l'autopsie, on trouva, en dehors d'une petite tumeur gommeuse dans la région du chiasme qui avait apparemment occasionné l'atrophie des nerfs optiques, l'altération typique des artères de la base de l'encéphale. En même temps l'artère centrale gauche de la rétine se montrait aussi altérée typiquement, tandis qu'elle était normale à l'œil droit. Malheureusement, les yeux eux-mêmes n'ont pas été examinés microscopiquement.

2° M. Leudet (1) a communiqué en 1874 un cas con-

1. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1874, p. 32.

cernant un homme âgé de 52 ans qui avait été infecté de syphilis par la vaccination, et qui présentait 3 mois plus tard des symptômes cérébraux (céphalées violentes, paralysie du nerf facial droit, lenteur dans les idées). En même temps amblyopie légère « (ne pouvait distinguer de sa fenêtre les personnes qui passaient dans la rue). » Amélioration par suite d'un traitement à pilules de proto-iodure de mercure « (paralysie du VII^e nerf disparue ; amblyopie diminuée). » Rechute l'année suivante. Hémiplegie gauche, avec perte de la mémoire et délire.

L'hémiplegie disparaissait assez vite. M. *Leudet* ne se prononce pas positivement quant au diagnostic. C'est surtout à cause de l'amblyopie qu'il suppose « une lésion au moins congestive et portant sur la surface du cerveau et très vraisemblablement sur son enveloppe ». Je ne suis pas tout à fait de son avis. L'image clinique entière, les troubles cervicaux généraux, à savoir les céphalées, la lenteur dans les idées, la perte de la mémoire et l'hémiplegie de courte durée, etc., ressemblent si complètement aux symptômes établis par *Heubner* pour l'artérite cérébrale, que je n'hésite pas un instant de croire qu'on avait ici affaire à cette artérite de la base du cerveau. L'amblyopie légère, et qui s'améliorait encore grâce au traitement antisypilitique, pourrait bien avoir été due à une altération de la rétine, telle que nous l'avons décrite plus haut. Vu que l'examen ophtalmoscopique n'a pas été fait assez minutieusement, ni par un oculiste, il n'y a rien d'étonnant que les altérations peu saillantes de la rétine aient échappé à l'observation. L'auteur constate que « l'examen de l'œil ne présentait rien d'anormal ».

3° Peut-être pourrait-on placer ici également un autre cas publié dans la même monographie (p. 357) par M. Leudet. Il s'agit ici d'un homme âgé de 21 ans, infecté en 1861. 2 ans plus tard iritis syphilitique grave. 6 ans plus tard affaiblissement marqué; développement lent d'un engourdissement intermittent du membre supérieur droit. Céphalées. Quelques symptômes de la part des organes abdominaux et des extrémités inférieures. Paraplégie des membres supérieurs « *Amblyopie marquée à invasion lente* ».

4° Hock mentionne dans sa conférence déjà citée (1), un malade qui avait été atteint de plusieurs accès passagers de rétinite syphilitique, avec des scotomes positifs, et où Hock ne trouvait rien que des artères rétinéennes anormalement étroites. Je crois que Hock, s'il y avait dirigé son attention, aurait probablement pu constater, correspondant au scotome central positif, de fines altérations semblables à celles que j'ai décrites pour mes 8 cas. De plus Hock communique que le malade en question est décédé quelques ans plus tard en présentant les symptômes d'une affection cérébrale aiguë. Il donne lui-même cet avis qu'il se serait agi vraisemblablement de l'affection des artères cérébrales décrite par Heubner. Dans les artères rétinéennes anormalement étroites il voit une analogie avec les altérations des artères cérébrales.

5° Barlow (2) a démontré en 1877 à la Société patho-

1. *Wien Klin*, II, 1876.

2. *Gummata on cranial nerves ; diseases of cerebral arteries, etc. Transaction of the pathological Society of London*, vol. XXVIII, p. 291, 1877.

logique de Londres un cas de syphilis héréditaire chez un enfant âgé de 15 mois et qui avait présenté dès sa naissance des symptômes cérébraux. *Barlow* n'y avait pas trouvé d'altérations ophtalmoscopiques pendant la vie.

A l'autopsie, il constata l'altération typique des artères cérébrales de l'hexagone de Willis, qui se continuait loin sur les artères; de plus une tuméfaction légère, gommeuse des racines d'un nombre assez grand de nerfs crâniens. Un œil fut alors examiné immédiatement par M. *Nettleship*, pas assez minutieusement, il est vrai, comme il l'a avoué plus tard lui-même. Il l'a déclaré normal d'après ce premier examen. Plus tard, M. *Nettleship* l'a examiné une seconde fois et plus soigneusement, et publia dans son travail cité plus haut qu'il s'est trompé à son premier examen. Il trouva un épaississement considérable de différentes artères rétinienne avec augmentation de leurs noyaux, de plus agglomération de cellules rondes dans la couche des fibres nerveuses de la rétine, et enfin un amas de cellules rondes en forme de gomme dans la choriocapillaire.

Je dois dire en passant qu'il n'importe pas qu'il s'agit ici d'un cas de syphilis héréditaire. Car les produits pathologiques de la syphilis héréditaire et acquise ne diffèrent pas plus ici que partout ailleurs (Comparez pour cela entre autres *Chiari*) (1).

6° Une pareille observation a été faite par M. *Barlow* (2)

1. *Wien. med. Woch.*, 1881. Nos 17 et 18, p. 472.

2. *Meningitis, arteritis, choroiditis in a child the subject of congen. Syph.* *Transact. of the Path. Soc. of L.* Vol. XXVIII, p. 287.

chez un autre enfant atteint de syphilis héréditaire, et qui décéda à l'âge de six mois avec des symptômes cérébraux. Ophthalmoscopiquement *Barlow* y avait déjà observé pendant la vie quelques foyers minimes, isolés et brunâtres dans la choroïde. Anatomiquement, il constata la dégénérescence des petites artères de la face supérieure du cerveau. L'œil en question fut examiné par M. *Nettleship*. Celui-ci constata un entassement de cellules rondes dans la choriocapillaire. La partie sous-jacente de la lame vitrée était intacte. Par-ci, par-là, il trouva au delà de la lame vitrée intacte des amas de cellules rondes dans la rétine.

7° Au même endroit *Barlow* mentionne qu'il a observé de petits foyers circonscrits choroïdiens, d'un aspect absolument pareil chez un jeune homme infecté de syphilis et qui présentait les symptômes typiques d'artérite cérébrale syphilitique (hémiplégie, etc.) et

8° Qu'il les a vus également chez un enfant frappé de syphilis congénitale et de symptômes nerveux. *Barlow* conclut de ses observations à une relation entre les affections de la choroïde et de l'encéphale, en se basant sur l'assertion de *Hughling Jackson* que la choroïde est la pie-mère de l'œil. Cette conclusion est déjà erronée par la seule raison, qu'au point de vue de l'histogénie, la choroïde n'a rien à faire avec la pie-mère. Si l'on veut rapprocher quelque chose de la pie-mère, il ne pourrait être judicieusement question que de l'artère centrale de la rétine avec le tissu conjonctif environnant.

Il n'en subsiste pas moins, à mon avis, un rapport intime entre l'affection du cerveau et celle de l'œil, mais

qui se comprend tout autrement, c'est-à-dire de la manière élucidée plus haut.

9° En 1878, M. *Baumgarten* (*loc. cit.*) (1) rapporte un cas concernant un malade de 30 ans, qu', environ un an après l'infection syphilitique, fut atteint de symptômes cérébraux et succomba peu de temps après.

Baumgarten mentionne en passant que le malade s'était plaint d'un scotome central devant les deux yeux.

A l'autopsie, on trouva l'affection typique des artères à la base du cerveau, avec tuméfactions gommeuses dans leur adventice.

Le nerf optique gauche présentait une périnévrite et une névrite interstitielle; le nerf optique droit était, par contre, absolument normal, comme l'auteur le constate expressément. Malheureusement les yeux n'ont pas été examinés. Vu que le nerf optique droit fut trouvé complètement normal, le scotome central *double* n'était certes pas dû à l'affection du nerf optique gauche; d'autant moins que le malade lui-même accusait les scotomes. Il s'agissait donc de scotomes dits positifs, lesquels ne sont jamais causés par une affection du nerf optique. Or, il est plus que probable qu'une affection centrale des couches internes de la rétine des deux yeux ait été la cause des scotomes positifs.

10° Peut-être pourrai-je également citer ici un troisième cas intéressant de M. *Leudet* (2), dont il a déjà été question en passant. Il s'agit d'un homme de 53 ans

1. Virch. Arch. T. LXXIII.

2. Curabilité de l'artérite syphil. *Union méd.*, 14 oct. 1884.

qui, 5 ans après l'infection syphilitique fut atteint de symptômes cérébraux ; changement de caractère, affaiblissement de la mémoire, douleurs vagues dans les extrémités. Puis il se développait une artérite syphilitique de la branche antérieure de l'artère temporale superficielle, d'abord à gauche, et 7 mois plus tard, de même à droite (douleurs lancinantes dans la tempe, puis affaiblissement et finalement disparition de la pulsation de l'artère, induration appréciable de celle-ci).

Il n'y a donc pas de doute qu'il ne se soit agi ici, ainsi que l'auteur a diagnostiqué, d'une artérite oblitérante, des dites branches des artères temporales.

Il est également presque certain qu'un processus analogue se déroulait dans les artères cérébrales. Un peu moins sûr, mais tout de même très vraisemblable, à mon avis, était une affection simultanée des membranes internes de l'œil. Il est vrai, l'auteur ne parle que de « bluettes et mouches volantes des deux yeux sans diminution de l'acuité visuelle.

Mais ces troubles oculaires ne pouvaient guère tenir à l'affection de ladite branche terminale de la carotide externe. Or, étant donné que les branches terminales de la carotide interne étaient altérées similairement, tout porte à croire que les symptômes oculaires étaient la suite d'altérations rétiniennes telles que nous les avons analysées auparavant. Cette manière de voir n'est pas contredite par ce que la vision n'avait pas ou à peine baissé.

Malheureusement le fond de l'œil n'a pas été examiné à l'ophtalmoscope. Ce qui rend ce cas particulièrement remarquable, c'est que, grâce à un traitement anti-syphili-

tique énergique, l'artérite oblitérante externe, de même que les symptômes, cérébraux ont complètement disparu au bout d'un an et deux mois.

11° D'un intérêt spécial est alors le cas de rétinite centrale à rechutes de *von Reuss* (*loc. cit.*) (1). C'était ici six mois après l'infection primitive et simultanément avec l'éruption cutanée que se présente le premier accès de rétinite centrale. Puis dans le courant des neuf années suivantes il y avait à gauche seize, à droite trois rechutes, au nombre desquelles les attaques insignifiantes n'ont même pas été comptées. Pendant les accès scotome central et le plus souvent diminution peu importante de l'acuité visuelle. A l'ophtalmoscope *M. de Reuss* constatait un trouble léger de la rétine à l'entourage de la papille et dans la macula. Une fois, il observait au moment d'une attaque, selon ses propres termes, « une membrane mince et pénétrée au-dessus de quelques vaisseaux rétinien. »

De plus, il existait de petits foyers non atrophiés jaunâtres, situés au centre et dans la périphérie de la choroïde.

Douze ans après la première attaque de rétinite centrale, le malade fut frappé de symptômes cérébraux.

Son frère écrivit à *von Reuss*. « Les médecins en ramènent la cause à la maladie qui a occasionné, nombre d'années avant, les troubles oculaires. La main du malade se refuse à ses fonctions, mais il peut se promener dans la chambre à l'aide d'une canne. Malheureusement les facultés mentales, et surtout la mémoire, vont en diminuant. »

1. Wien. *Méd. presse*, 1885.

Deux ans après le malade succomba.

Indubitablement on avait affaire, dans ce cas, à l'artérite cérébrale syphilitique de *Heubner*. Il y avait tous les symptômes que cet auteur résume page 230 de sa monographie, comme suit : « Ce sont avant tout les attaques apoplectiformes (principalement les persistantes, moins sûrement les très passagères), ainsi que les troubles singuliers des fonctions mentales (se maintenant avec quelques intermissions pendant des semaines et des mois), qui indiquent l'affection des artères cérébrales. »

12° Dans le numéro du mois de juin du *Centralblatt f. pract. Aug.*, 1888 (p. 162), M. *Hirschberg* communique un cas de chorio-rétinite syphilitique. Il concerne un malade de 23 ans qui le consulta en 1871. Il accusait des troubles visuels de l'œil gauche, 6 ans après l'infection suivie de symptômes constitutionnels. Vision égale à 15/70. A l'ophtalmoscope : des opacités du corps vitré, et des foyers périphériques blanchâtres. Des frictions mercurielles énergiques amenaient, il est vrai, une amélioration momentanée ; mais il y avait dans les années suivantes des rechutes répétées, et en 1873 aussi une iritis aiguë du même œil. Les foyers du fond de l'œil devenaient de plus en plus nombreux et l'acuité visuelle s'abaissait peu à peu jusqu'à l'amaurose complète. *Hirschberg* mentionne de plus que le malade qui avait subi à fond toutes sortes de traitements antisiphilitiques est décédé avec une hémiplegie gauche en 1876. Le malade n'avait donc que 28 ans au moment de sa mort. Il me semble parfaitement justifié de ramener à l'artérite cérébrale l'hémiplegie et la mort d'un homme aussi jeune encore.

Malheureusement des données plus précises font défaut. Il n'est pas sûr si le malade n'a pas déjà présenté des troubles oculaires légers avant la première consultation de M. *Hirschberg*. En tout cas, l'altération des vaisseaux était déjà trop avancée chez le malade sujet à la syphilis depuis 6 ans, de sorte que même le traitement antisyphilitique le plus énergique n'a plus eu d'effet. C'est ce qui s'accorde parfaitement avec nos autres expériences.

13° En 1888, M. *Ed. Meyer* (de Paris) me dit qu'il a soigné pendant plusieurs années un malade atteint de choréïdite, surtout centrale, à rechutes fréquentes. Ce malade a fini par succomber en présentant les symptômes d'artérite cérébrale syphilitique.

M. *Meyer* a eu l'obligeance de me permettre de faire mention de ce cas, ainsi que du suivant.

14° Ce cas de M. *Meyer* a déjà été cité plus haut (p. 39) en passant. Le malade est en traitement chez M. *Meyer* depuis 1888. Toutes ses artères rétiniennes y présentaient une endo et péri-artérite prononcée, quand, en 1888, j'eus l'occasion d'examiner ophtalmoscopiquement moi-même le malade. Certains troubles indiquaient à ce moment une affection débutante du cerveau. Le malade, un jardinier très intelligent, se plaint que sa mémoire s'affaiblit d'une façon inquiétante depuis deux ans. Quand, par exemple, il voyait des plantes, il les reconnaissait, il est vrai, mais il ne se souvenait plus de leurs noms. Il disait avoir joui auparavant d'une mémoire excellente. D'autres symptômes, à l'exception de céphalées intermittentes et peu violentes et de vertige, faisaient encore défaut.

Dernièrement M. Meyer me fit part que, grâce à un traitement antisypilitique énergique, les artères rétinien-
nes, en partie apparemment presque oblitérées, il y a
2 ans, sont redevenues bien perméables. Aussi l'acuité
visuelle a-t-elle sensiblement augmenté. Les troubles cer-
vicaux ont complètement disparu. Ce cas sera publié plus
détaillé ailleurs.

15° Peut-être pourrait-on également citer ici le cas
communiqué par *Fürstner* (1). Il concernait une femme
de 37 ans atteinte trois ans auparavant d'une attaque
d'apoplexie avec hémiparésie droite, et qui finit par suc-
comber à d'autres atteintes cérébrales. *Otto Becker*
trouva à l'ophtalmoscope les artères et les veines extraor-
dinairement dilatées sans tuméfaction du nerf optique.

On constata anatomiquement des altérations des vais-
seaux à la base du cerveau, ainsi que des artères ophtal-
miques et aussi d'artères du corps (fémorales, rénales). Ce-
pendant ces changements n'étaient pas complètement iden-
tiques à ceux de *Heubner*. L'endartérite était très insigni-
fiante dans beaucoup d'artères et la périartérite se pla-
çait au premier rang surtout aux vaisseaux de la rétine.
Fürstner fait remarquer dans son cas qu'une infection sy-
philitique précédente n'a pu être démontrée, pas plus
qu'elle n'a été rendue probable. La malade, ainsi que son
mari, n'avaient absolument aucune infection. Mais étant don-
né que la malade succomba, sans maladie du cœur, à une
attaque apoplectique, à un âge relativement jeune, et que

1. Fürstner. *Deutsches Archiv. f. klin. Med.* Vol. XXX. p. 534,
1882.

sés deux premiers enfants étaient décédés peu de temps après leur naissance, tandis que le troisième était mort-né, et qu'il ne suivit plus d'autres conceptions je crois qu'on a tout le droit de conclure ici à une infection syphilitique. Quant au fait anatomo-pathologique de ce cas, il s'accorde aussi suffisamment avec la manière de voir des derniers auteurs.

16° Il faut mentionner encore le cas observé par *von Ziemssen* (*loc. cit.*) et *Seggel*, dont il a déjà été question p. 39.

Le malade souffrait de syphilis du cerveau. Ses artères rétiniennes présentaient les altérations caractéristiques au-dessus décrites de leurs parois. *M. Ziemssen* avance lui-même que dans ce cas on était à même de poser le diagnostic d'artérite cérébrale en se basant sur les altérations des artères rétiniennes.

Les symptômes oculaires accusés par le malade lui-même étaient presque nuls. Malgré cela les altérations ophtalmoscopiques étaient extrêmement frappantes. Certainement on aurait déjà remarqué à une époque bien antérieure les commencements de ces altérations.

Nous avons vu plus haut que ces changements des artères visibles à l'ophtalmoscope appartiennent à une période bien avancée de la syphilis. Dans le cas de *V. Ziemssen* environ dix ans s'étaient écoulés depuis l'infection. Il n'est donc pas étonnant que, à côté des altérations rétiniennes les symptômes cérébraux subsistaient déjà dans toute leur vigueur. Si l'on avait examiné l'œil quelques années avant, et que l'on eût déjà trouvé, comme il est vraisemblable, les indices de ladite altération vasculai-

re, on aurait probablement réussi à arrêter à une période beaucoup moins avancée le processus synchrone dans les artères cérébrales. Au moment où *von Ziemssen* et *Seggel* posèrent leur diagnostic, ce processus avait déjà tellement progressé, que, quand même les altérations visibles des parois des artères rétinienne cédèrent devant un traitement antisyphilitique énergique, les auteurs n'étaient plus à même d'empêcher les rechutes des symptômes cérébraux.

17° et 18°. Enfin, à une date toute récente, *M. Seggel* a rapporté encore deux autres cas tout similaires dans son travail (1) déjà cité, qui sert à appuyer vigoureusement les données développées dans ma publication antérieure (2) et reproduites ici avec plus de détails. Ces deux cas concernaient des malades âgés de 32 et de 28 ans. L'infection avait eu lieu 10, respectivement 5 ans auparavant. L'un et l'autre représentaient les symptômes de syphilis cérébrale. Ils n'avaient pas accusé un abaissement de l'acuité visuelle. Néanmoins *Seggel* constata à l'ophtalmoscope lesdites altérations des parois artérielles. Celles-ci s'effaçaient complètement au bout de 5 à 10 semaines, grâce à une cure antisyphilitique rigoureusement suivie. Quant aux symptômes cérébraux la guérison était moins complète, ce qui n'a rien d'étonnant comme nous l'avons vu.

1. *Deutsch. Archiv. f. klin. Méd.* Vol. XLIV. 4. 4.

2. *Compte-rendu du VII^e Congr. Intern. d'Ophtal. à Heidelberg*, 1888.

CONCLUSIONS

Si donc je résume ce que je considère comme résultat de nos recherches, nous avons vu :

1° Que tant dans la syphilis acquise que dans la syphilis héréditaire, les foyers apparaissant dans les membranes internes de l'œil ont un rapport intime avec les branches terminales des artères;

2° Que les petites artères rétiniennes subissent des altérations de leurs membranes externe et interne; altérations identiques à celle des artères cérébrales, et qui vont en progressant.

3° Que, de cette manière, on peut réunir en une image commune les différentes manifestations cliniques de la rétinite syphilitique.

4° Que les dites altérations observées dans l'une des zones terminales des artères cérébrales, à savoir dans l'œil, sont plus souvent les indices de l'artérite cérébrale décrite surtout par *Heubner*, et qui ne se fait remarquer par des symptômes décisifs que beaucoup plus tard.

Je crois que c'est avant tout cette dernière conclusion, résultant d'une part d'une réflexion purement logique, fondée d'autre part sur un assez grand nombre d'observations cliniques plus ou moins convaincantes, qui est d'une valeur importante pour la pratique. Cependant *M. Seggel* (*loc. cit.*, p. 414) prétend que ce signe prémonitoire perd

de sa force, parce que entre les symptômes oculaires et les symptômes de l'artérite cérébrale syphilitique il y a un intervalle de plusieurs à bon nombre d'années.

Je n'ai qu'à objecter à M. *Seggel* qu'un signe prémonitoire a indubitablement d'autant plus de valeur, du moins au point de vue thérapeutique, qu'il précède d'un laps de temps plus long l'apparition des symptômes plus graves. Etant données ces circonstances, on pourra compter, à plus forte raison, sur un arrêt des altérations dans les organes plus importants, à l'aide d'un traitement approprié. Peut-être M. *Seggel* voulait-il dire seulement que pour les raisons susdites il est difficile d'établir sûrement les rapports présumés entre les deux affections. Voilà ce que j'avais déjà fait ressortir dans mon travail précédent. On aurait sans doute remarqué depuis longtemps la corrélation de ces deux affections, s'il n'y avait pas un espace intermédiaire aussi long.

En outre, je n'ai jamais prétendu comme M. *Seggel* (p. 412) veut bien me le faire dire, qu'on pourrait rencontrer plus souvent la combinaison des deux affections en question à une époque plus ou moins initiale de la syphilis. Tout au contraire, j'ai toujours insisté, dans ma publication antérieure, aussi bien que dans la présente, sur la différence chronologique entre les symptômes oculaires et les symptômes cérébraux.

Il s'ensuit comme résultat pratique de nos recherches :

1° On devra prêter la plus grande attention aux plaintes des sujets syphilitiques, même les plus légères concernant l'œil. Il faudra avant tout examiner très soigneuse-

ment le centre de la rétine pour la raison qu'il est le siège de prédilection de l'affection syphilitique, et que les altérations les plus insignifiantes qui s'y déroulent amènent déjà des troubles subjectifs.

2° Dans tous les cas de syphilis du cerveau on devra dorénavant examiner minutieusement le fond de l'œil, soit à l'ophtalmoscope pendant la vie, soit au microscope après la mort (1). Je ne doute pas que l'on puisse constater alors une coexistence beaucoup plus fréquente des lésions des membranes internes de l'œil et des artères cérébrales (Je répondrai ici à *M. Seggel* que je n'ai jamais avancé que, une fois l'attention appelée sur ces conditions, on constaterait beaucoup plus fréquemment une rétinite ou même une artérite cérébrale syphilitique. Moi, je n'ai jamais soutenu qu'une chose ; c'est qu'on trouverait probablement beaucoup plus souvent les rapports corrélatifs, existant entre l'artérite cérébrale et la rétinite syphilitique, qui aurait précédé nombre d'années l'artérite cérébrale).

En même temps, on pourrait alors trouver peut-être des éléments suffisants pour l'examen microscopique répété des lésions syphilitiques de l'œil que, jusqu'ici, on a eu si rarement occasion d'obtenir ;

3° Dans le cas où les rapports entre les altérations ocu-

1. Je m'occupe en ce moment de l'examen microscopique des deux globes oculaires d'une malade de 40 ans décédée des suites de la syphilis du cerveau, chez laquelle l'altération typique des artères de la base du cerveau fut constatée à l'autopsie. Mes investigations ne sont pas encore terminées ; je ne puis donc en publier les résultats.

laïres et l'artérite cérébrale seraient reconnus comme plus fréquents, le diagnostic desdites affections oculaires devrait nous conduire à un traitement antisyphilitique extrêmement énergique quand même l'état seul des yeux ne nous y contraindrait pas. Peut-être réussirions-nous alors quelquefois à arrêter à son début le processus dans les artères cérébrales et à prévenir ainsi l'apparition de l'ensemble de symptômes cérébraux qui mène presque sûrement à la mort.

C'est ici où l'ophtalmologie me semble destinée à rendre des services inappréciables, et cela d'autant plus qu'il a été prouvé récemment que les lésions syphilitiques des artères sont curables. Je n'ai qu'à citer ici les cas de *Leudet (loc. cit.)*, *E. Meyer* et *Seggel* lui-même, et la remarque de *Balzer (loc. cit.)* que « les vaisseaux restent longtemps susceptibles à se désobstruer. »

Lesdites observations positives doivent certainement servir à dissiper les doutes de *M. Seggel* quant à l'efficacité d'un traitement spécifique sur les lésions artérielles débutantes. C'est la différence chronologique des symptômes oculaires et des symptômes cérébraux, qui offrirait, comme je l'ai déjà dit dans ce travail, des avantages tout particuliers à la thérapeutique.

Vu par le Président de la thèse,
FOURNIER

Vu par le doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

H. JOUVE, Imprimeur de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.

